Lane Medical Library

Beitrag

zur

Therapie der chronischen Thränensackleiden.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 4. August 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Hesse

aus Rastenburg (Ostpreussen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Kuno Pescatore.
- Dd. med. Georg Senf.
- Dd. med. Arno Schöneberg.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurtherap0000paul

Seiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Der ausserordentlich hohe Procentsatz, den die chronischen Thränensackleiden auf dem ganzen Gebiete der Augenerkrankungen überhaupt einnehmen, die Hartnäckigkeit dieser Affection mit ihrer Neigung zu fortwährenden Recidiven, sowie schliesslich die bisher im Allgemeinen dagegen angewandte Therapie, die wegen ihrer Umständlichkeit und Langwierigkeit für den Patienten und Arzt gleich unbequem ist, muss den Wunsch rege machen, ein schnell und radical, d. h. Recidive verhütendes Heilverfahren zu finden. Und in der That besitzen wir ein solches in vollem Maasse in der Methode der Exstirpation des Thränensackes. An der Hand der vorzüglichen Resultate, welche mit dieser Operation an der Berliner Universitäts-Augenklinik in den letzten Jahren erzielt worden sind, möchte ich in vorliegender Arbeit auf die Vorzüge dieses Heilverfahrens gegenüber den bisher bei chronischen Erkrankungen des thränenableitenden Apparates meist gebräuchlichen Methoden die Aufmerksamkeit hinlenken.

Vorausschicken will ich gleich, dass die genannte Operation, die Exstirpation des Thränensackes, an und für sich durchaus nicht neu ist, jedoch hat sie bis in die jüngste Zeit hinein niemals so recht festen Fuss fassen können, was wohl hauptsächlich daran liegen mochte, dass in der vorantiseptischen Zeit die Erfolge bei Weitem nicht so schlagend waren, wie heutzutage bei Beobachtung der peinlichsten Asepsis und Antiseptik.

Der Methode der gänzlichen Entfernung des Thränensackes gingen voraus die Bemühungen, das Leiden durch Sondenbehandlung und dergl. zu heben[1]). Besondere Bemerkung verdient Stahl (1702), welcher Darmsaiten

[1]) Beitrag von Dr. P. Silex. Deutsche med. Wochenschrift 1891. No. 4.

in den Thränennasencanal einführte, ferner Anel (1713), der eine Spritze construirte und mit adstringirenden Wassern die Schleimhaut direct behandelte. Eine wesentliche Verbesserung in den bis in die Mitte dieses Jahrhunderts gebräuchlichen Methoden obiger Art führten Bowman (1851) und Weber (1861) herbei, welche metallene Sonden einführten; auch wurde in Fällen, wo bei sehr engen Stricturen die Sonde nicht durchging, bereits zu jener Zeit nach dem Vorgange von Weber und Stilling die innere Incision geübt. Diese Verfahren führten aber nur bei sorgsamer Ausführung und grosser Gewandtheit und dann auch nur bei einem Theile der Patienten zum Ziele, ebenso liess auch die vielfach geübte partielle Excision der Wandung und Aetzung bei Ektasie des Thränensackes viel in ihren Erfolgen zu wünschen übrig. Dasselbe gilt auch von der Zerstörung des Sackes durch Ferrum oder Platina candens. R. Berlin in Rostock war es, der zuerst, nach dem Vorgange Platner's (1724), in grösserem Maasse seit dem Jahre 1866 die Exstirpation des Thränensackes, also die Ausschälung desselben mit dem Messer, ausführte, und durch die damit erzielten günstigen Resultate wurde die Aufmerksamkeit weiterer Kreise rege gemacht, sodass die Operation jetzt mehrfach, so z. B. von Gräfe, Sämisch, Eversbusch, Kuhnt und seit etwa vier Jahren auch auf der Berliner Universitäts-Augenklinik ausgeführt wird.

Die Mannigfaltigkeit der Methoden, welche oben von mir kurz zusammengestellt sind, lässt erkennen, wie man sich bemüht hat, in der Therapie der chronischen Erkrankungen der Thränenwege Fortschritte zu machen, wenngleich erst nach langer Zeit durch die zuletzt angeführte Operation, die Exstirpation des Thränensackes, ein wirkliches Radical-Heilverfahren gefunden worden ist. Ich will nun zunächst auf die Symptome derartiger Leiden, auf ihre Aetiologie, sowie auf die pathologische Anatomie der erkrankten Organe näher eingehen, um hierauf und hierdurch die bezüglichen Indicationen für die Therapie abzuleiten und sodann speciell die Operation der Exstirpation des Thränensackes in ihrer Ausführung und ihren Erfolgen eingehender zu besprechen.

Die Symptome zeigen sich in den einzelnen Fällen mehr oder minder deutlich ausgeprägt. In leichteren

Fällen wird der Patient nur durch mässiges Thränenträufeln belästigt; besteht dieses aber längere Zeit hindurch, so wird die Haut der Wange afficirt, wird trocken und rauh, und hieraus lässt sich schon frühzeitig das Leiden erkennen. Erleichtert wird die Diagnose noch, wenn bei Druck auf die Gegend des Thränensackes sich Secret nach oben aus den Thränenpunkten oder nach unten in die Nase entleert. Diese hervorsickernde Flüssigkeit ist je nach dem Grade und der Dauer der bestehenden Affection verschieden. Anfänglich kann sie ganz klar sein, bald aber wird sie mit Schleim durchsetzt, verliert ihre Dünnflüssigkeit, wird trübe und klebrig. So schreitet die Affection der Schleimhaut immer weiter fort, das abnorm vermehrte Secret staut sich im Thränensack, zersetzt sich allmählich und dehnt die Wandungen des Sackes aus, wodurch dann der fühl- und sichtbare Tumor lacrimalis entsteht. Unter diesen Symptomen erscheint der chronische Katarrh der Thränenwege. Gewöhnlich geht derselbe bei längerem Bestande in das blennorrhoische Stadium über, sodass man dann eine Dacryocystitis blennorrhoica vor sich hat. Das vorher grauweisse Secret ist jetzt gelblich und von dicker Consistenz, die vorher nur blutreiche Schleimhaut ist braunroth, geschwollen und zerklüftet, und nicht selten kommt der in ziemlicher Menge sich mit der Zeit ansammelnde Eiter unter Eintritt entzündlicher Erscheinungen zum Durchbruch nach aussen, es entsteht eine Fistula lacrimalis. Die Knochenaffectionen, welche hierbei häufig beobachtet werden, sind meist erst das Thränenschlauchleiden bedingende Ursachen und nicht secundär abzuleiten. In erster Linie steht hier die Syphilis, sodann die Scrophulose, bezw. Tuberculose. Der Grund für die Behinderung des Thränenabflusses liegt gewöhnlich in einer Strictur des oberen Endes des Thränennasenganges, welche durch die abnorme Schwellung der Schleimhaut bedingt ist. — Zu dieser Zeit sind die subjectiven Beschwerden der Patienten schon bedeutend; die Thränen werden von den Thränenröhrchen gar nicht mehr aufgenommen und überschwemmen, vermischt mit Schleim und Eiter, die Cornea. In Folge dessen wird der Sehact ausserordentlich beeinträchtigt, dazu besteht ein lästiges Druckgefühl im Auge und die Lider sind

häufig stark geschwollen, kurz das Auge befindet sich in einem derartig reizbaren Zustand, dass der Patient fortwährend im höchsten Grade sich bei allen Beschäftigungen belästigt fühlt.

Die Aetiologie der Erkrankungen des Thränenleitungsapparates dürfte wohl nicht immer klar festzustellen sein. Sicher ist erwiesen, dass das Leiden im Allgemeinen secundärer Natur ist, weniger entsteht es direct durch äussere Schädlichkeiten. Zwar kann eine Blennorrhoe zweifellos zuweilen eine Dacryocystitis hervorrufen, die grösste Disposition dazu setzt aber der acute und chronische Katarrh der Nase und muss daher die Therapie diesen Umstand ganz besonders berücksichtigen. — Als weitere Ursachen einer Dacryocystitis sind zu nennen: Knochenleiden, Exostosen und Fracturen, Ostitis und Periostitis, Masern, Scharlach und Pocken, Syphilis und Tuberculose. A. E. Fick[2]) sowie Bock[3]) theilen zwei Fälle von specifischer Tuberculose des Thränensackes mit. Ersterer operirte einen 26 jährigen Patienten, welcher in der Gegend des Thränensackes der einen Seite eine Geschwulst hatte, sodass das Bild einer Dacryocystitis vorlag. Durch die Incision der Geschwulst wurde Tuberculose festgestellt. Die Präauriculardrüsen, die Lymphdrüsen am Unterkiefer, am Nacken und Halse der nämlichen Seite waren geschwollen; der Thränensack wurde exstirpirt. — In dem Bock'schen Falle handelte es sich um eine 27 jährige Näherin, welche an tuberculöser Entzündung des Ellenbogengelenkes litt und in der Gegend des rechten Thränensackes eine etwa haselnussgrosse Geschwulst hatte; diese wurde ebenfalls exstirpirt. Es war eine Granulationsgeschwulst, zusammengesetzt aus grösseren und kleineren Tuberkeln. Die Höhle des Thränensackes war von ihr vollkommen ausgefüllt und seine Wandungen waren zum Theil in die Geschwulst aufgenommen. Nach der Ansicht von Bock erklärt sich die Entwickelung dieser Geschwulst im Thränensacke dadurch, dass die Kranke mit dem Finger Tuberkelbacillen führenden Eiter sich in das rechte Auge

---

[2]) Ueber Tuberculose des Thränensackes. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1891.

[3]) Tuberculose des Thränensackes. Wiener med. Wochenschrift 1891, No. 18.

gewischt habe. — Von grosser Wichtigkeit für die in jedem einzelnen Falle einzuschlagende Therapie der Thränenschlaucherkrankungen ist die genaue Kenntniss der pathologischen Anatomie des Thränenapparates geworden, welche in neuerer Zeit besonders von Kuhnt in Jena eingehend studirt worden ist. Seine Untersuchungen befassten sich mit dem grossen Material von 182 Thränensackexstirpationen, welche in einer Zeit von 10 Jahren bis zum September 1891 an der Jenenser Augenklinik ausgeführt worden sind, und von diesen Ergebnissen will ich in kurzer Zusammenfassung das Wesentlichste wiedergeben[4]).

Betrachten wir zunächst die Veränderungen, welche beim chronischen Katarrh in den Thränenwegen entstehen. Das Röhrchen beibt hierbei im Wesentlichen unberührt, höchstens ist Neigung zu Divertikelbildung, Verengerung oder starke Erweiterung des Punctum lacrimale vorhanden. Die Schleimhaut des Sackes dagegen bis zum Ende des Canales an der Nase ist stark infiltrirt, manchmal in so hohem Grade, dass von einem Lumen kaum noch die Rede sein kann. Die Epithelschicht ist von zahlreichen Becherzellen durchsetzt, ist äusserst locker der Basalmembran anliegend und lässt sich daher leicht streckenweise ablösen. Prädilectionsstellen für die Infiltration der Mucosa sind drei Abschnitte des thränenableitenden Apparates: 1. Die Einmündungsstellen der Thränenröhrchen in den Saccus lacrimalis, 2. die Uebergangsstelle des letzteren in den Canal und 3. die Mündungsstelle des Canales in das Cavum narium. An diesen Stellen pflegen dann auch die Stricturen etwaigen Sondenversuchen den erheblichsten Widerstand entgegenzusetzen. Der chronische Katarrh kennzeichnet sich also in pathologisch-anatomischer Hinsicht im Allgemeinen durch Schwellung und Infiltration der Mucosa und hieraus entwickelt sich bei längerem Bestande das Bild der Blennorrhoea sacci lacrimalis. Schwellung und Infiltration steigern sich noch, einzelne Partien werden besonders prominent, sodass die

---

[4]) Kuhnt, Zur Pathologie und Therapie des thränenableitenden Apparates. Ausserordentliches Beilageheft zu den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde. XXIX. Jahrgang. S. 226.

Oberfläche zerklüftet erscheint, die Blutgefässe sind stark gefüllt und das Epithel erleidet starke Veränderungen. Weiterhin kommt es dann zum theilweisen oder völligen Schwund der Schleimhaut, indem im Grunde derselben eine fortwährend zunehmende fibröse Degeneration eintritt. Auf diesem neugebildeten festen Gewebe, von Kuhnt dem Narbengewebe gleichgestellt, sitzt dann das Epithel unmittelbar auf, mehr oder weniger verändert. Dadurch nun, dass diese fibröse Degeneration in vielen Fällen nur partielle Schleimhautatrophie verursacht, entstehen die Buchtenbildungen. Der Thränenschlauch wird, wo Narbengewebe ist, zusammengeschnürt, zwischen den narbigen Zusammenziehungen bilden sich weite Ektasien, und so leistet das erkrankte Organ mit seinen vielen blinden Sinusbildungen einer erfolgreichen Therapie erklärlicher Weise den grössten Widerstand. Gerade für die Sondenbehandlung sind solche ektasirten Thränenwege sehr undankbar, da es äusserst schwierig ist, ohne gewaltsame Verletzung der Wandungen sich in der grossen Reihe von Ausbuchtungen zurecht zu finden. — Kuhnt macht übrigens darauf aufmerksam, dass nach seinen Untersuchungen der normale Thränensack, ausgenommen ganz unbedeutende Ausbuchtungen (Sinus Maieri) an der Einmündung der Thränenröhrchen, eine vollkommen regelmässig-cylindrische Form hat und erklärt alle früher als normaler Weise vorkommend beschriebenen Sinus und Falten, wie den Arlt'schen Sinus, die Béraud'sche Klappe, die Arnold'sche, Rosenmüller'sche, Foltz'sche, Krause'sche und Hasner'sche Falte als pathologisch. — Neben der Ektasie des Sackes trifft man häufig eine bedeutende papillenartige Wucherung der Schleimhaut an, sogenannte Pseudo-Polypen, die sowohl den ganzen Sack ausfüllen können, als auch in die Thränenröhrchen bis zum Punctum lacrimale vordringen und hier sich durch Blutungen bemerklich machen können. Der in Folge von Stricturen der Thränenwege, welche den Abfluss unmöglich machen, ektasirte Thränensack macht sich bei der äusseren Untersuchung als ein teigig-elastischer Tumor fühlbar und erreicht je nach der Dauer seines Bestehens eine verschiedene Grösse, so in einem von Kuhnt mitgetheilten Falle, das Maass von 5,1 cm. Und doch war es in diesem Falle noch nicht einmal zu einer

Fistelbildung gekommen. Dieses Letztere tritt sehr häufig ein, wie schon vorher einmal bemerkt. Entweder erfolgt der Durchbruch des Eiters auf dem kürzesten Wege nach der äusseren Haut in einem mehr oder minder feinen Gange oder der Eiter tritt in die umgrenzenden Gewebe des Thränensackes und breitet sich unter der Haut in unregelmässigen, mehrfachen Gängen aus, ehe er dieselbe durchbohrt.

Was schliesslich noch die pathologischen Veränderungen der Schleimhaut im knöchernen Canal betrifft, so sind dieselben analog denen der Mucosa der Röhrchen und des Sackes, das Schwellgewebe fällt bei längerem Bestande der chronischen Erkrankung der totalen Atrophie anheim.

Aus den geschilderten pathologisch-anatomischen Verhältnissen lässt sich erkennen, dass durch länger andauernde Blennorrhoe der Thränenwege diese letzteren für ihre Function physiologisch vollkommen untauglich werden und auch nie wieder durch irgend eine Behandlung regenerirt werden können; aus dieser Erkenntniss wird der berechtigte Schluss sich ergeben, dass mit einer Ausschaltung des Thränensackes in vorgeschrittenen Fällen am Meisten zu nutzen sei.

Um nun von der Therapie der Thränenschlaucherkrankungen zu reden, muss man sich vor allen Dingen in einem jeden Fall erst klar sein, in welchem Stadium der Erkrankung Patient sich befindet, welche pathologisch-anatomischen Veränderungen bereits vorliegen dürften, und ob eventuell Complicationen vorhanden sind. Da die Exstirpation des Thränensackes immerhin keine einfache Operation ist, da sie in Narkose ausgeführt werden muss, so muss man zunächst entscheiden, ob Indicationen für die besagte Operation vorliegen. An der Berliner Universitäts-Augenklinik wird nun folgendes Verfahren geübt und dürfte, da es sich bestens bewährt, zu empfehlen sein. Als Regel gilt bei chronischem Katarrh oder blennorrhoischer Dacryocystitis die Spaltung des unteren Thränenröhrchens mit dem Weber'schen Messer. Ist der Thränenpunkt, wie zuweilen, fast vollständig obliterirt, so dilatirt man zweckmässig nach Schweigger [5])

[5]) Schweigger, Handbuch der Augenheilkunde, 1885. S. 194.

zunächst den Thränenpunkt mit einer Dilatationssonde, deren abgestumpfte Spitze sich schnell verdickt und bekommt so Raum, das geknöpfte Messerchen einzuführen, welches ungefähr 2 mm hinter dem knopfförmigen Ende eine etwa $1^1/_2-2$ mm breite convexe Schneide besitzt. Ist man mit der Spitze des Messers im Thränensacke angelangt, so schlitzt man das (untere) Thränenröhrchen durch einfaches Heben (beim oberen durch Senken) des Heftes. Nach erfolgter Spaltung lässt sich meist der Inhalt durch Fingerdruck entleeren. Dies muss der Patient längere Zeit hindurch recht oft thun, etwaige Verklebungen der Wundränder werden leicht mit einer feinen Sonde durchbrochen. Zweckmässig ist auch der Gebrauch eines adstringirenden Augenwassers, z. B. Zincum sulf. in $^1/_4$ procentiger Lösung. In manchen Fällen wird durch diese einfache Behandlung allein der Katarrh in einen befriedigenden Zustand übergeführt, oftmals aber wird damit gar nichts erreicht. Man muss dann zur Sondenbehandlung übergehen. Hierbei ist jedoch äusserste Vorsicht geboten. Kuhnt sagt darüber Folgendes[6]): „Als oberstes Princip gilt mir bei jeder Erkrankung des thränenableitenden Apparates dies, in keinem Falle die kranke Schleimhaut zu maltraitiren. Die leichte Lösung des Epithels von der Mucosa, die Neigung dieser, wenn die Infiltration und Schwellung hohe Grade erreicht hat, granulomähnliche Excrescenzen zu bilden, genügen an sich schon, Vorsicht bei Anwendung mechanischer Eingriffe dringendst zu empfehlen.“ Und an einer anderen Stelle[7]): „Nichts könnte gefährlicher, nichts günstiger für künstliche Erzeugung einer starken Strictur sein, als die sofortige Anwendung starker Sonden, die doch allein eine Zerreissung der lockeren, stark infiltrirten Schleimhaut im Mündungsstück (der Thränenröhrchen) und am Eingang in den knöchernen Canal hervorbringen muss.“ — Da diese Ausführungen nach Allem, was über die pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Thränenwegen gesagt ist, ohne Weiteres volle Berechtigung haben, so müssen natürlich im Anfang dünne Sonden mit grösster Vorsicht ein-

---

[6]) Vgl. Anm. 4) S. 237.
[7]) Vgl. Anm. 4) S. 239.

geführt werden. Nach Schweigger[8]) fange man mit Sonden von etwa 1 mm an und steige allmählich bis zu Stärken von 1,5—1,7 mm. Hierdurch dürften wohl in allen Fällen Verletzungen und künstliche Stricturen vermieden werden. Vorausgesetzt ist auch bei der Sondenbehandlung, dass zuvor ein Thränenröhrchen geschlitzt wird und zwar benutzt man hierzu am besten das untere Röhrchen, denn, wie Silex hervorhebt, lässt sich dieses wegen seines Verlaufs weit bequemer spalten als das obere, und auch die nachherige Einführung der Sonde erfordert weniger Geschicklichkeit. Nur dann, wenn beim Druck auf den Thränensack der Eiter aus dem oberen Thränenpunkt zu Tage tritt, so dass man annehmen muss, dass das untere Thränenröhrchen durch Membranen verlegt ist, wird man den oberen Canaliculus lacrimalis spalten. Ist die Einführung der Sonde gelungen, so schliesst man eine Durchspritzung des Thränennasencanals mittels der Anel'schen Spritze an, an deren Ansatzstück man zweckmässig ein Stück Gummischlauch einschaltet. Als einzuspritzende Lösung dient Zink, bei Knochenaffectionen ist Jodoformglycerin, sowie Jodkali innerlich zu empfehlen. Die Sondirung hat, wenn der Patient es gut verträgt, täglich zu geschehen und soll die Sonde etwa eine halbe Stunde liegen bleiben. Auf diese Weise wird zuweilen in mehreren Tagen, meist aber erst nach Monaten eine Besserung erzielt, sodass der Thränenabfluss wieder in natürlicher Weise vor sich geht und der Patient nicht mehr von dem lästigen Thränenträufeln behelligt wird.

Die Behandlung mit Dauersonden, d. h. Sonden, welche bestimmt sind, mehrere Tage hindurch in dem Thränencanal liegen zu bleiben, wird auf hiesiger Klinik gar nicht mehr geübt. Einmal wird durch dieselbe absolut kein besserer Erfolg erzielt und sodann verdient dies Verfahren wegen seiner Unbequemlichkeit für den Patienten, ganz abgesehen von seiner Gefährlichkeit in Folge des beständig auf die wunde Schleimhaut wirkenden Reizes und abgesehen von dem unschönen Eindruck, den ein solcher Patient mit seiner aus dem Augenwinkel herausspiessenden Sonde macht, keine Anwendung. Von

[8]) Schweigger, Handbuch der Augenheilkunde, 1885, S. 200.

einer interessanten Operationsmethode, wobei in den Thränennasencanal gewissermaassen eine Dauersonde eingelegt wird, berichtet Guaita[9]). Dieser spaltet bei Dacryocystitis den Thränensack, kratzt dessen Wandungen mit dem scharfen Löffel ab, sondirt dann den Thränennasencanal und führt schliesslich in diesen einen entkalkten Kröten-Schenkelknochen ein, welcher dauernd bis zu seiner vollkommenen Resorption darin liegen bleibt und während dessen die Exsudate des Sackes nach der Nase leiten soll. Guaita berichtet über 31 Heilungen durch diese Methode.

Ich sagte oben, dass durch die Sondenbehandlung in einer Reihe von Fällen Besserung, seltener Heilung der Strictur bezw. des Katarrhs erzielt wird, und selbst in diesen Fällen können Recidive eintreten, da begreiflicherweise das Grundübel in einigermaassen vorgeschrittenen Fällen durch Erweiterung der Wege und Anwendung von Adstringentien kaum beseitigt werden kann; die Schleimhaut bleibt eben in ihrer physiologischen Function alterirt, und es bedarf nur äusserer Schädlichkeiten, um wieder den alten Zustand herbeizuführen. Eine grosse Rolle hierbei spielt auch die Erkrankung der Nasenschleimhaut, die, wie schon früher ausgeführt, wohl meistens die Aetiologie der chronischen Dacryocystitiden u. s. w. darstellt, d. h. insofern als die Erkrankung, ursprünglich in der Nasenschleimhaut gelegen, von da in den Thränennasencanal u. s. w. fortgeschritten ist. Gleichwohl wird durch alleinige oder vorzugsweise Behandlung des Nasenleidens nicht, wie man glauben sollte, das Thränenleiden erheblich günstig beeinflusst. In der Augenklinik sind derartige Versuche vielfach angestellt worden; die Nase wurde — gewöhnlich war die untere Muschel stark geschwollen — energisch mit Medicamenten und Galvanokaustik behandelt, das chronische Thränenleiden blieb aber fast immer auf demselben Punkte stehen. Es lässt sich dies aber ganz wohl erklären, wenn man bedenkt, dass zwar ursprünglich die erkrankte Nasenschleimhaut die Ursache für Erkrankung der Mucosa in den Thränenwegen geliefert hat, dass aber dann das Thränenleiden eben auch nur durch die Ver-

[9]) Guaita, Annal. di Ottalm., Bd. XX, 5, S. 375.

änderungen in dem Thränenschlauche unterhalten wird und dann durch keinerlei therapeutische Eingriffe, welche nur die Nase betreffen, moderirt werden kann. In allen den Fällen, wo wirklich eine Besserung des chronischen Thränenleidens durch Behandlung der Nase eintrat, war stets zu constatiren, dass der Grund hierfür in der Beseitigung mechanischer, den Thränenabfluss hemmender Hindernisse lag. Hauptsächlich waren es Deviationen der Knochen, Schiefstand des Septum narium bei Schiefnasen, stark eingedrückte Plattnasen, sowie Nasenpolypen, welche diese Hindernisse dargestellt hatten. Es ist daher sehr wichtig, bei der Untersuchung des erkrankten Thränenschlauches auch stets die genaue Inspection der Nase vorzunehmen, da dann zuweilen durch entsprechende operative Behandlung der letzteren die chronische Affection der Thränenwege verhältnissmässig leicht beseitigt werden kann.

Wird mit der Sondenbehandlung, die eventuell mit der Behandlung des Nasenleidens zu verbinden ist, absolut Nichts erreicht, so bleibt als ultimum, aber desshalb durchaus nicht als pessimum refugium nur die Exstirpation des Thränensackes übrig. Fälle dieser Art sind im Allgemeinen hochgradige, impermeable Stricturen mit hartnäckiger Blennorrhoe, sowie Ektasie des Sackes mit und ohne Fistelbildung. Die Indicationen für genannte Operation dürfen aber noch vermehrt werden, und werde ich darauf später noch einmal besonders hinweisen. Natürlich wird man auch stets die Exstirpation vornehmen, wenn der Patient es wünscht, wenn er nicht nur gebessert, sondern geheilt werden und recidivfrei bleiben will, und es wäre nur zu wünschen, dass die guten Resultate der Operation mit der Zeit immer mehr bekannt würden, dann würde man nicht mehr so oft, wie jetzt, auf den Widerstand des Patienten stossen und die Kliniken würden weniger von den „Abonnenten“ aus der Kategorie der Thränenschlaucherkrankungen überlaufen werden. Wie auf anderen Universitätskliniken, so ist auch auf der hiesigen zu constatiren, dass das weibliche Geschlecht besonders zu Erkrankungen des Thränenschlauches disponirt ist und zwar stellt sich das Verhältniss zum männlichen annähernd wie 3 : 1. Die Patienten sind meist Personen, welche viel in staubiger

oder scharfer, rauher Luft zu athmen gezwungen sind. Auf der Berliner Klinik bilden die chronischen Erkrankungen der Thränenwege fast drei Procent sämmtlicher Augenleiden, in Greifswald und Rostock sogar vier Procent. Jedes Alter mit Ausnahme des frühesten Kindesalters ist zu der Erkrankung disponirt. Bei Neugeborenen hat Kuhnt[10]) nur einen Fall einer Blennorrhoe des Thränensackes bemerkt, R. Berlin[10]) hat zwei Fälle von Dacryocystitis beobachtet; dieselben gingen ohne Schwierigkeit unter Anwendung kalter Compressen bezw. einmaliger Sondirung in vollkommene Heilung aus. Auf der hiesigen Klinik kommen jährlich mehrere Fälle zur Beobachtung, jedoch heilen sie alle nach Schlitzung des Thränenröhrchens durch consequentes Ausdrücken des Thränensackinhaltes. Bezüglich der Diagnose einer echten Thränensackblennorrhoe bei Neugeborenen muss man übrigens sehr vorsichtig sein. A. Peters[11]) hat darauf aufmerksam gemacht, dass es bei Neugeborenen Fälle von „sogenannter“ Thränensackblennorrhoe giebt, welche diese Bezeichnung eigentlich gar nicht verdienen, da absolut gar keine Erkrankung der Schleimhaut vorliegt. Dieselbe wird nur vorgetäuscht, dadurch, dass der Bochdalek'sche Schleimhautüberzug an der Einmündung des Thränennasenganges in die Nase bei Neugeborenen manchmal anormaler Weise der Resorption noch nicht anheimgefallen ist, so dass der Abfluss nach der Nase hin versperrt ist. Es besteht in Wirklichkeit Atresie des Thränenschlauches. Dieselbe Beobachtung hat Heddaeus[12]) gemacht; er nennt den Zustand: membranöse Thränenschlauchatresie der Neugeborenen. Nach längerer oder kürzerer Zeit, wenn der den Abfluss hemmende Schleimhautüberzug resorbirt ist, verschwinden die Beschwerden von Seiten der Thränenwege auch ohne Therapie spontan; höchstens ist bei starker Ektasie des Sackes einfaches Ausdrücken desselben sowie überhaupt fleissiges Reinigen der Augen angezeigt. — Einzelne

---

[10]) Vgl. Anm. 4) S. 247 und 248.

[11]) Peters, A. Ueber die sogenannte Thränensackblennorrhoe der Neugeborenen. Zehender's klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Bd. XXIX. S. 350.

[12]) Heddaeus, J. Zehender's klin. Monatsblätter für Augenheilkunde. Bd. XXX. S. 81.